FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1906-1907. — N° 141.

DU TRAITEMENT
DU
CANCER PRIMITIF
DU VAGIN

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 25 juillet 1907
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
Hippolyte BOURGEOT
Né à Magny-les-Villers (Côte-d'Or), le 22 février 1881.

LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
8, RUE RACHAIS, 8
1907

DU TRAITEMENT

DU

CANCER PRIMITIF

DU VAGIN

BO

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30610527

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1906-1907. — N° 141.

DU TRAITEMENT
DU
CANCER PRIMITIF
DU VAGIN

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 25 juillet 1907
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
Hippolyte BOURGEOT
Né à Magny-les-Villers (Côte-d'Or), le 22 février 1881.

LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
8, RUE RACHAIS, 8
1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ . . . . . Doyen.
J. COURMONT . . . . . Assesseur.

DOYEN HONORAIRE

M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE. BONDET. BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET. JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale	X..
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire . . . . . M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. VALLAS,	agrégé.
Maladies des voies urinaires	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Hygiène administrative	ROUX,	—
Thérapeutique générale	COLLET,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	ANCEL,	—

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SAMBUC.	MM. REGAUD.	MM. MOREL.
BARRAL.	BORDIER.	CAUSSE.	NEVEU-LEMAIRE.
PIC.	COURMONT (P.)	ANCEL.	PATEL.
PAVIOT.	CHATIN.	COMMANDEUR.	J. LEPINE, ch...
NOVE-JOSERAND.	VILLARD.	GAYET.	VORON, ch...
BERARD.	TIXIER.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (A.), *Président ;* VALLAS, *Assesseur ;*
MM. COMMANDEUR et VORON, *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRIMAIRE ET DU COURS COMPLÉMENTAIRE
DE LA VILLE DE NUITS-SAINT-GEORGES
OFFICIER D'ACADÉMIE

A MA MÈRE

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur AUGUSTE POLLOSSON

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, nous considérons comme un devoir agréable à remplir de remercier tous ceux qui ont contribué à notre instruction.

En nous donnant leur enseignement, nous prodiguant leurs conseils, nous témoignant leur sympathie, tous ceux qui furent nos maîtres ont acquis des titres à notre reconnaissance.

Nous sommes très sensible à l'honneur que nous fait M. le professeur Auguste Pollosson, en voulant bien accepter la présidence de notre thèse et lui exprimons le sentiment de notre plus vive gratitude.

M. le docteur Violet, moniteur de clinique à la Charité, nous a donné l'idée de ce sujet. Il a bien voulu nous aider dans notre modeste travail et faciliter notre tâche, il a droit à toute notre reconnaissance.

Nous adressons enfin tous nos remerciements à M. le docteur Jamin, qui nous a procuré les deux photographies que nous reproduisons.

Avant de quitter Lyon, notre ville universitaire, nous voulons adresser un souvenir ému à tous ces camarades dont les bons conseils aux heures de tristesse, la franche cordialité et la généreuse amitié contribuent tant à nous faire regretter cette vie d'étudiant qui finit.

En particulier, nous souhaitons bon succès, dans sa carrière médicale, à notre ami le docteur Vincent Kassapian qui va bientôt nous quitter pour rejoindre sa patrie lointaine.

Nous espérons que sur la route de Bagdad et sur les bords enchanteurs du Bosphore, ses succès opératoires seront encore plus retentissants qu'ils ne l'ont été près des cimes neigeuses des Alpes.

H. B.

CHAPITRE PREMIER

---

§ 1er

Bases anatomiques et anatomo-pathologiques de la discussion.

Le cancer primitif du vagin, dont nous entreprenons aujourd'hui l'étude du traitement, est rare : Gurlt, sur 59,600 femmes mortes à Vienne, de 1855 à 1878, trouve que 114 ont succombé à cette affection. Sur 475 malades de gynécologie traitées dans le service de Pozzi, en 1894, 2 seulement étaient atteintes de cancer primitif du vagin. A. Martin ne l'a observé qu'une fois sur 5,000 femmes, soit une proportion de 0,08 °/₀.

Wagner et Küstner, il est vrai, pensent que beaucoup de cancers du vagin ayant envahi le col de l'utérus sont méconnus et considérés comme des cancers primitifs de ce dernier.

Malgré cela, il reste certain que le cancer vaginal est rare et cette rareté est à opposer à l'extrême fréquence du cancer de l'utérus.

Dans cette étude, nous nous occuperons exclusivement du traitement du cancer primitif et nous éliminerons le cancer secondaire qui, le plus souvent, est con-

sécutif au cancer de l'utérus; cette propagation se faisant de proche en proche, soit par greffe éloignée, soit par voie lymphatique ou veineuse rétrograde.

Le cancer primitif du vagin est grave et on voit dans tous les livres classiques qu'il est considéré comme un des plus malins et dont les récidives surviennent avec une désespérante ténacité. En effet, toutes les malades de Martin ont récidivé, bien que la section ait porté toujours sur des tissus sains ; sur seize malades opérées à la clinique de Olshausen, chez quinze la récidive fut rapide, tandis que dans un seul cas il n'y aurait pas eu de récidive un an après l'opération, et Bonnefous dans les conclusions de sa thèse inaugurale peut s'exprimer ainsi : « Quel que soit le procédé opératoire employé, la récidive rapide est la règle. »

Pour M. le professeur Auguste Pollosson, cette opinion sur la malignité du cancer du vagin mériterait à être revisée à la faveur des méthodes d'exérèses plus larges. Les méthodes qu'on a proposées jusqu'à maintenant exposent trop à la greffe et en second lieu ne constituent point des ablations larges dans le sens du courant lymphatique de la région.

C'est ce que nous allons essayer de montrer en passant en revue les différentes méthodes opératoires.

Mais auparavant, pour aider à la compréhension de cette revue, nous voulons rapidement esquisser les principaux rapports du vagin avec les organes importants qui l'environnent et dire quelques mots au sujet de l'anatomie pathologique du cancer primitif qui se localise dans ses parois.

Le cancer vaginal siège de préférence sur la paroi

postérieure du vagin. Cruveilher, cependant, le signale comme plus fréquent sur la paroi antérieure, mais toutes les statistiques s'accordent pour infirmer son opinion.

C'est surtout à la partie supérieure de la paroi postérieure, au niveau du cul-de-sac et dans le voisinage du col, qu'il se développe de préférence. Lorsqu'il prend naissance sur la limite du col utérin, il correspond à la forme liminaire du cancer de l'utérus, décrite par Pozzi.

Par ordre de fréquence, après la paroi postérieure vient la paroi antérieure, puis les parois latérales. Celles-ci sont plus rarement atteintes. Quelquefois, cependant, le cancer débute en anneau, c'est le cancer cylindrique ou annulaire.

Pour faciliter l'étude des rapports du vagin, on peut, avec Poirier, distinguer deux parois, une antérieure, l'autre postérieure, et deux bords latéraux.

Paroi antérieure. — Elle comprend deux portions distinctes, à peu près d'égale longueur (3 centimètres chacune), une vésicale, une urétrale.

La portion urétéro-vésicale est en rapport avec le trigone et le bas-fond du réservoir urinaire, ainsi qu'avec les uretères qui débouchent dans celui-ci.

Cette portion urétéro-vésicale peut, elle-même, être divisée en deux parties. Une située en avant, unie à la vessie, dans l'étendue de 1 cent. 1/2 environ, par un tissu cellulaire lâche, riche en veines et permettant un certain écartement entre les deux organes. Dans des cas exceptionnels, il arrive que le cul-de-sac préutérin

descend sur la face antérieure du col et même sur le vagin, qu'il sépare alors complètement à ce niveau de la vessie.

Dans le reste de la portion vésicale, l'union est plus intime, assurée par un tissu conjonctif très serré, peu abondant. L'ensemble de ces deux parois, vésicale et vaginale accolées, constitue la cloison vésico-vaginale, d'une longueur et d'une largeur moyenne de 3 centimètres, d'une épaisseur de 6 à 7 millimètres, quelquefois moindre, quand le vagin et la vessie sont distendus. Cette cloison peut se dédoubler par décollement des deux organes; mais la chose, moins aisée que dans la partie supérieure, devient d'autant plus difficile qu'on s'écarte davantage de la ligne médiane et qu'on se rapproche de l'urèthre.

La portion uréthrale est absolument inséparable de l'urèthre, auquel elle est unie par un tissu cellulaire très dense, traversé par de petites veines et des faisceaux musculaires striés. C'est à peine si, en regard du col de la vessie, on réussit, sur la ligne médiane, à isoler les deux conduits dans l'étendue de 5 millimètres. C'est que, en réalité, il y a fusion entre leurs parois et formation d'une cloison commune, dite uréthro-vaginale, d'une épaisseur de 5 à 12 millimètres.

D'après ce que nous venons de voir, au point de vue opératoire, le pronostic du cancer primitif siégeant sur la paroi antérieure du vagin sera différent suivant qu'il sera localisé sur l'une des trois portions de cette paroi.

Au niveau du cul-de-sac antérieur, dans la partie la plus élevée de la région qui nous occupe, la vessie est peu adhérente et elle est unie au vagin par un tissu

cellulaire lâche, assez abondant, permettant l'écartement des deux organes. Une tumeur maligne siégeant là pourra donc être enlevée à la phase de début, lorsqu'elle est bien limitée, mobile, et lorsque la paroi de la vessie n'est pas encore infiltrée, ce dont on pourra se rendre compte par le toucher vésical, après dilatation de l'urèthre, ou par la cytoscopie.

Pour les deux autres portions de la paroi anterieure, il n'en est plus de même ; la vessie et, plus bas, l'urèthre, sont unis au vagin par un tissu cellulaire très dense et de très faible épaisseur. Par une dissection minutieuse, on pourra peut-être arriver à séparer le vagin et la vessie, mais ce sera difficile ; la vessie et l'urèthre sont d'ailleurs rapidement envahis par le mal. C'est assez montrer la difficulté qu'on aura à réaliser un traitement radical.

Paroi postérieure. — Cette paroi est successivement péritonéale, rectale, périnéale.

Le péritoine descend à 12 ou 15 millimètres sur la paroi vaginale postérieure et se réfléchit devant le rectum, en formant le cul-de-sac de Douglas.

Au-dessous de ce cul-de-sac, le rapport devient immédiat entre le vagin et le rectum, qui ne sont plus séparés que par un tissu cellulaire permettant un décollement facile et dans l'intérieur duquel Verneuil a vu se développer un hygroma.

Cette cloison recto-vaginale, épaisse de 3 à 4 millimètres, n'est plus uniquement formée par du tissu cellulaire ; on y rencontre aussi de nombreuses veines, quelques lymphatiqués et un feuillet fibreux dépendant

de l'aponévrose supérieure du releveur de l'anus. Le rectum est surtout en rapport avec la partie moyenne du vagin, dont la paroi postérieure est parfois refoulée par des masses stercorales. Mais, si l'on tient compte de la direction du rectum, il faut ajouter que c'est à la jonction de ses portions pelvienne et périnéale qu'il entre le plus immédiatement en contact avec le conduit vaginal.

La paroi du vagin est en connexion avec le rectum sur une longueur de 4 centimètres; quand celui-ci se porte en arrière, il se forme entre les deux organes un angle, triangle recto-vaginal, qui, mesurant 25 millimètres environ dans le sens vertical et antéro-postérieur, est rempli par une masse dense, fibro-musculaire. Cette masse est constituée par l'entrecroisement des muscles sphincter externe de l'anus, transverse superficiel du périnée et constricteur de la vulve.

Au niveau du tiers postérieur, c'est-à-dire au niveau du cul-de-sac postérieur, le cancer du vagin se trouve en rapport avec le péritoine. La séreuse et le tissu cellulaire sous-péritonéal peuvent faciliter l'extension du néoplasme. Toutefois, au point de vue anatomique, les cancers de cette région seront plus longtemps susceptibles d'une bonne exérèse.

Nous avons dit plus haut qu'au-dessous du cul-de-sac de Douglas, le rapport entre le vagin et le rectum devient immédiat. Le tissu cellulaire est lâche et permet un décollement facile.

Ces conditions permettent une bonne opération, lorsque la tumeur maligne est à sa phase de début et ne dépasse pas les parois du vagin. A cette période, elle est

bien limitée, mobile; le rectum peut être facilement mobilisé au niveau de la base d'implantation de la tumeur. A une phase plus avancée, la cloison recto-vaginale est envahie; les parois du rectum elles-mêmes s'infiltrent de cellules cancéreuses. Si l'on pratique alors le toucher rectal, on constate que la paroi antérieure du rectum s'est transformée en une plaque indurée et que la muqueuse rectale a perdu sa souplesse et sa mobilité à ce niveau.

Lorsque les choses en sont venues là, la thérapeutique est plus compliquée, et il faudra agir comme si l'on était en présence d'un cancer du rectum. On fera un anus contre nature, ou si l'on veut tenter une intervention radicale, on extirpera le rectum, soit par la voie périnéale, soit par la voie abdominale ou abdomino-périnéale; on pourra encore employer le procédé préconisé par Krœnig, qui comporte l'ablation du vagin, du rectum, de l'utérus par la voie sacrée.

Le cancer primitif, qui se développe à la partie inférieure de la paroi postérieure, se propagera aux tissus qui comblent le triangle recto-vaginal et à la vulve.

Bords latéraux. — Assez épais pour qu'on les considère parfois comme des faces, ces bords peuvent être divisés en deux parties : l'une supérieure pelvienne, en comprenant la plus grande étendue, l'autre inférieure périnéale, séparée par le point où le releveur croise le vagin.

Au-dessus du releveur, le vagin contribue à limiter, avec l'aponévrose supérieure de ce muscle, la cavité pelvienne sous-péritonéale remplie par du tissu cellulo-

fibreux et quelques faisceaux musculaires lisses qui s'unissent au vagin. Dans ce tissu cellulaire, on trouve plusieurs organes :

Des plexus veineux très abondants.

Les artères vaginale, cervico et vésico-vaginale.

L'artère utérine.

Les uretères.

Ces canaux, entourés de lacis veineux, sont, au niveau de l'insertion du vagin sur l'utérus, situés, de chaque côté, à 1 centimètre et demi des culs-de-sac latéraux. A partir de ce point, les uretères se rapprochent graduellement du vagin, atteignent sa paroi antérieure, à laquelle ils sont unis par un tissu conjonctivo-vasculaire. Enfin, au niveau de leur abouchement vésical, ils sont situés sur un plan antérieur au vagin, un peu en dedans de ses bords latéraux.

Ils croisent ainsi la direction de ce conduit, non seulement de dehors en dedans, mais aussi d'arrière en avant.

Le releveur de l'anus s'incline d'autant plus vers les parois latérales du vagin qu'on descend plus bas. Ses faisceaux les plus internes le croisent presque perpendiculairement, à peu près à la jonction des trois quarts supérieurs et du quart inférieur. Le muscle ne prend aucune insertion directe sur lui, mais il lui adhère par un tissu cellulaire, que parcourent des branches artérielles et veineuses. Au-dessus du releveur, le vagin est en connexion avec l'aponévrose supérieure de ce muscle, dont les fibres se confondent avec la tunique adventice du conduit et se portent à la rencontre de la lame pelvienne de l'aponévrose périnéale moyenne.

Au-dessous du releveur, les faces latérales du vagin sont en rapport avec cette aponévrose, qui l'embrasse d'une façon intime en s'unissant à lui. Cette aponévrose, appelée aussi trigone, plancher, diaphragme uro-génital, est en réalité une formation complexe. Elle comprend non seulement deux feuillets aponévrotiques, supérieur ou ischio-vaginal, inférieur ou ischio-vulvaire, mais des faisceaux striés qui contractent des adhérences intimes avec la paroi vaginale.

Par ces bords latéraux, le vagin est donc en rapport avec deux grands espaces : en haut, la cavité pelvienne sous-péritonéale, en bas, le creux ischio-rectal, séparés par le muscle releveur de l'anus et comblés par un tissu cellulaire abondant, au milieu duquel plongent les organes que nous avons énumérés plus haut. Dans cette région, une intervention large sera donc facile à réaliser. Il faudra en profiter, et c'est là en effet que devront porter les larges exérèses; car ce tissu cellulaire, non seulement est infiltré par le néoplasme, mais encore il est traversé par les nombreux lymphatiques qui partent du vagin pour se rendre à leurs ganglions respectifs. Or, la voie lymphatique est la grande route suivie par les cellules cancéreuses pour aller disséminer le mal au loin ; il faut donc la supprimer, et pour cela la connaître et l'étudier.

Les lymphatiques tirent leurs origines de la tunique musculaire et de la muqueuse. Dans cette muqueuse ils forment un réseau très serré, qui communique avec celui du col utérin et des organes génitaux externes.

Avec Poirier, on peut diviser les troncs efférents en supérieurs, moyens et inférieurs.

Les supérieurs comprennent :

1° Les lymphatiques qui s'unissent à ceux du col utérin, au niveau de l'utérine et accompagnent cette artère et ses veines dans leur direction ascendante jusqu'aux ganglions hypogastriques supérieurs situés au sommet de l'angle formé par les vaisseaux iliaques internes et externes.

2° D'autres qui remontent isolément pour aboutir aux ganglions hypogastriques inférieurs situés plus bas que les précédents, sur et au-dessous du tronc antérieur de l'artère hypogastrique.

Les moyens suivent l'artère vaginale et se jettent dans ces mêmes ganglions latéraux de l'excavation pelvienne étudiés précédemment. Bruhns insiste particulièrement sur un ou deux petits ganglions, placés immédiatement en dedans du point de départ de l'artère utérine. En outre, sur chaque bord du vagin, sortent deux troncs, qui vont à un ou deux ganglions disposés de chaque côté du rectum, à peu près au point où l'artère hémorroïdale moyenne se détache de l'hypogastrique. Une fois sur quinze, il existe sur leur trajet un petit ganglion au niveau de la cloison recto-vaginale. Morau parle aussi de deux à quatre troncs qui cheminent sur la partie latérale du vagin, s'engagent plus ou moins sur les côtés de la cloison et gagnent le ganglion inférieur du plexus iliaque situé au niveau de l'origine de l'artère vaginale. De ce point, une infection vaginale peut se propager aux ganglions ano-rectaux et hémorroïdaux supérieurs.

Enfin, les inférieurs, provenant des environs de l'orifice vaginal, au-dessus et au-dessous de l'hymen, se

portent en avant, communiquent avec ceux des petites lèvres et se jettent avec eux dans les ganglions inguinaux supéro-internes.

Les vaisseaux absorbants du vagin s'anastomosent, ainsi que nous l'avons dit plus haut, avec ceux des régions voisines. Nous rappellerons les communications qui se font avec ceux de la vulve et nous mentionnerons celles qui existent avec les lymphatiques du rectum.

Morau a bien décrit ces dernières, sous forme de troncs médians qui, de la paroi vaginale postérieure, se rendent, en perforant la gaine fibreuse du rectum, aux ganglions ano-rectaux placés en dedans de cette gaine, ganglions dont les vaisseaux tributaires infiltrent la paroi antérieure du rectum en rapport direct avec le vagin.

Ces notions d'anatomie et d'anatomie pathologique étant connues, il est facile de comprendre que pour faire la cure radicale du cancer du vagin, il ne faudra pas se contenter d'enlever la tumeur. Pour ne pas s'exposer à avoir des récidives plus ou moins éloignées, l'opération devra suivre les principes directeurs de la chirurgie du cancer en général.

Même dès le début, alors que la tumeur n'a aucune adhérence, qu'il n'y a aucun retentissement ganglionnaire, pour avoir des chances réelles d'enlever la totalité du mal, il faut faire de très larges exérèses et il faut toujours aller à une étape au delà du mal apparent. Les ganglions paraissent sains, mais comment être sûr qu'ils ne contiennent pas déjà quelque cellule qui proliférera ultérieurement. Il faut les enlever. En outre, le tissu cellulaire dans lequel cheminent les lympha-

tiques qui ont pu conduire les cellules épithéliales aux ganglions est suspect. Il y a peut-être un commencement de lymphangite cancéreuse, il faut l'enlever également.

Telles sont les conditions qu'il faut remplir quand on opère un cancer, conditions qui sont imposées par la diffusion de la tumeur et son mode d'extension :

Ablation large et en masse de la tumeur, des ganglions régionaux et du tissu cellulaire intermédiaire ou espace lymphatique.

Pendant l'opération, il faut prendre les plus grandes précautions pour ne pas entamer la tumeur, et surtout le bistouri devra toujours passer en tissus sains et ne jamais traverser cette zone dangereuse que l'on nomme « espace lymphatique ». Sans cette précaution, les produits cancéreux seront disséminés dans les régions non malades et donneront naissance à des greffes.

Est-ce que jusqu'à ce jour ces préceptes ont été appliqués au traitement du cancer du vagin? Nous ne le pensons pas; pour le démontrer, il suffit de passer en revue les différents procédés opératoires employés jusqu'à ces années dernières dans la thérapeutique de cette terrible affection et de les envisager surtout dans leurs résultats curatifs. C'est ce que nous allons faire.

§ 2

Ancien traitement.

Un grand nombre de chirurgiens se sont, en effet, occupés de la question si importante de l'opération radicale pour cancer primitif du vagin. Afin d'extirper la

tumeur, ils se sont sucessivement servi de la voie vaginale, périnéale et sacrée. Olshausen, Dührssen, Lauenstein en Allemagne, Pozzi, Bernard, Labusquière en France, ont proposé une série de procédés opératoires.

En tête, par sa simplicité, se place l'excision qui emprunte la voie vaginale. Au travers de la vulve, agrandie au besoin par deux incisions libératrices latérales, on circonscrit la tumeur par une incision dépassant largement la région néoplasique et tracée autant que possible en tissus sains. On détache ensuite la tumeur de sa base d'implantation.

Trois conditions sont nécessaires pour la facilité d'exécution de ce procédé :

Le néoplasme doit être assez limité, ne pas être trop haut situé sur la paroi postérieure. Le vagin ne doit pas être trop étroit ni trop long.

Le côté faible de cette méthode est de ne pas offrir un champ opératoire bien accessible à l'œil et au doigt, malgré les incisions libératrices latérales.

En outre, lorsque nous aurons cité l'opinion de Martin, qui s'exprime ainsi : « Toutes mes malades ont succombé à la récidive, quoique je sois absolument certain que mes incisions empiétaient sur les parties saines », et dit que, d'après Pichevin, cette opération donne 100 °/₀ de récidive, nous serons en droit d'écrire que cette méthode proposée par Hégar et Kaltenbach n'a donné que de tristes résultats et est complètement à rejeter.

Les chirurgiens ont alors imaginé divers procédés opératoires qui tous ont en vue, d'une part, de créer un large accès sur les parties malades et, d'autre part,

de pratiquer l'excision dans les tissus sains. C'est le double but que se proposent la *périnéotomie et la méthode de Dührssen.*

La périnéotomie fut préconisée en 1889, par Zucherkandl pour l'extirpation de l'utérus. Olshausen l'appliqua le premier, en 1895, pour l'extirpation du vagin. Voici comment il procède : après incision transversale du périnée, la paroi vaginale est décollée de la paroi rectale; le décollement est poussé jusqu'au cul-de-sac de Douglas. La libération étant complète, on fait saillir la tumeur à l'intérieur du vagin et on l'enlève en empiétant largement sur les tissus sains. On arrive ainsi au cul-de-sac après extirpation complète des tissus malades et l'on peut ouvrir le péritoine sans danger d'inoculation. Si le col de l'utérus est infiltré, on effondre le cul-de-sac, l'utérus est renversé en arrière dans l'espace situé entre le vagin et le rectum, on sectionne les ligaments larges en les liant au fur et à mesure, en allant des trompes vers le col. On achève l'hystérectomie par le décollement de l'utérus et de la vessie.

Pozzi termine cette opération par une réunion de la plaie périnéale suivant une ligne perpendiculaire au trajet de l'incision. Il réalise ainsi une périnéorraphie à la Lawson-Tait.

Les avantages de cette opération consistent surtout dans la possibilité du dédoublement et de l'extirpation de l'utérus sans toucher aux parties carcinomateuses, dans la facilité d'aborder et de réséquer les parties malades.

Cependant Olshausen lui-même est bien réservé au sujet des résultats ultérieurs. En effet, ils ne sont pas fa-

vorables. Sur 16 malades opérées à sa clinique, chez 15 la récidive fut rapide, tandis que dans un seul cas, il n'y aurait pas eu de récidive un an après l'opération.

Olshausen attribue ces récidives aux rapports intimes qui existent entre la paroi vaginale et le tissu conjonctif pelvien, à la greffe qui se produit au moment de l'opération dans ce tissu conjonctif périvaginal.

La méthode de Dührssen consiste en une profonde incision vagino-périnéale, qui part du cul-de-sac du vagin, arrive à la fourchette et de là se poursuit jusqu'en arrière d'une ligne qui irait de l'anus à l'ischion. Partant de cette incision, une deuxième incision qui circonscrit le cancer du vagin et sépare le néoplasme des tissus sous-jacents. Ce décollement est continué jusque dans le cul-de-sac atteint. Ligature du ligament large correspondant et section de ce ligament, qui est ainsi séparé du col. Ouverture du cul-de-sac antérieur du vagin et fixation au moyen de deux pinces du côté du col mis à découvert.

Entre les deux pinces, section transversale du col. Le col et toute la partie réséquée du vagin ne tiennent plus qu'à la base de l'autre ligament qu'on sectionne entre la pince et le col.

A ce moment l'excision de tout le tissu dégénéré est terminée (à condition, bien entendu, qu'il n'y ait pas déjà extension au paramétrium) et l'on n'a plus qu'à procéder à la suture du moignon et de la perte de substance du vagin sans crainte d'une inoculation par contact.

Thomsen et Thorn recommandent ce procédé comme plus facile à exécuter que celui d'Olshausen. Cependant,

étant donnés les résultats, ces opérations ne peuvent point être considérées comme des interventions radicales.

L'observation a démontré que la récidive se manifeste le plus souvent du côté du tissu pararectal et dans le paramétrium. Les auteurs ont alors pensé qu'en enlevant ces tissus, on pourrait peut-être s'assurer de meilleurs résultats. Mais l'extirpation du tissu pararectal n'est réalisable qu'avec l'extirpation simultanée de la paroi antérieure du rectum.

C'est ce but que se proposent la méthode par la voie sacrée et l'opération proposée par Lauenstein.

La voie sacrée a été préconisée par Fritsch, Thorn, Peters. C'est la méthode de Kraske créée pour l'extirpation des cancers du rectum, adaptée à l'extirpation des cancers vaginaux.

On fait une incision en V partant des deux épines postérieure et inférieure vers le sommet du coccyx. Résection temporaire des deux dernières vertèbres sacrées. Après ligature préalable du rectum, incision de ce dernier aussi haut que l'on peut l'atteindre (le péritoine est presque toujours ouvert dans cette incision). Suture de l'orifice intestinal supérieur. On ramène l'utérus en commençant par en haut. Ouverture du cul-de-sac antérieur et décollement de la vessie.

On suture les deux lambeaux péritonéaux. Incision transversale du rectum immédiatement au-dessus de l'anus. Ouverture de la paroi vaginale postérieure au-dessus du cancer, dans les tissus sains. Ligature et résection des parties saines du vagin. C'est ainsi qu'à la fin de l'opération, les parties carcinomateuses du

vagin, l'utérus, le rectum se trouvent séparés des tissus sains ; il ne reste qu'à les enlever.

Drainage de la plaie après désinfection préalable. Krœnig juge ce procédé en ces termes : « Pourquoi enfoncer un mur puisque la porte est ouverte? »

Martin dit sur le même sujet : « J'estime que ce n'est là qu'une méthode d'exception, et je dois dire que m'inspirant tant de mes recherches sur le cadavre que de l'expérience des opérateurs, je ne saurais adopter la méthode sacrée, j'ai toujours réussi à mener à bonne fin une opération radicale par la voie vaginale. »

En dehors des difficultés d'exécution technique, les chirurgiens reprochent à la méthode de Kraske, de ne pas donner assez de jour et de créer un champ opératoire trop restreint. On objecte également contre elle la difficulté d'extirper les ganglions pelviens.

L'opération de Lauenstein se compose de deux parties.

Il commence par faire un anus artificiel; c'est ensuite seulement qu'il procède à l'extirpation du vagin.

Incision périnéo-vaginale vers la tubérosité ischiatique du côté malade.

Décollement du rectum et du vagin.

Division des parois latérales du vagin et du rectum au niveau des tissus sains.

Même procédé du côté opposé. Enfin, incision transversale de la paroi vaginale postérieure et de la paroi rectale antérieure au-dessus du cancer. Le cul-de-sac de Douglas est ouvert; on suture alors les deux parois vaginale et rectale et, en même temps, on referme le cul-de-sac de Douglas.

Tamponnement de la plaie.

Il en résulte la formation d'un cloaque qui, grâce à l'anus artificiel, n'amène aucun inconvénient, tout en permettant l'évacuation du sang menstruel.

Tout en présentant certains perfectionnements, ces procédés n'empêchent cependant pas les récidives, soit du côté des ganglions hypogastriques, soit du côté du paramétrium et du paracolpium.

CHAPITRE II

Traitement moderne.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que les diverses méthodes opératoires passées en revue n'ont donné que des résultats déplorables. Au bout de peu de mois, la plupart des malades ont succombé à la récidive survenue soit dans la cicatrice, soit dans les ganglions, soit dans le paramétrium et le paracolpium.

Parmi ces méthodes que nous venons d'étudier, il en est pourtant qui permettent la réalisation de bonnes conditions opératoires : accès facile de la tumeur, mise au jour du champ opératoire, exérèse large des tissus infiltrés.

Mais il faut remarquer que l'étendue des excisions est surtout en surface et il est permis de supposer que c'est en profondeur que l'excision est restée insuffisante.

Les gynécologues se sont alors demandés si en faisant une intervention par voie combinée, une colpo-hystérectomie périnéo-abdominale, ils ne pourraient pas enlever les ganglions malades, fare des exérèses larges et suffisantes dans le tissu cellulaire de la région dans le sens du courant lymphatique et extirper dans sa con-

tinuité l'arbre génital tout entier. La récidive par greffe cancéreuse et l'infection provenant des surfaces ulcérées du néoplasme seraient peut-être ainsi évitées.

Depuis quelque temps déjà, on pratiquait, pour les cancers du col, l'hystérectomie abdominale totale, comprenant avec l'utérus une collerette vaginale plus ou moins étendue.

M. Imbert, professeur à l'École de médecine de Marseille, de passage à Lyon, voyant M. le professeur Auguste Pollosson exécuter cette opération, pensa qu'il pourrait y avoir intérêt dans quelques cas et notamment pour les cancers primitifs du vagin, à faire une intervention plus large, s'étendant à la majeure partie ou à la totalité de ce dernier organe.

M. Imbert a résumé ses idées sur ce sujet dans une communication à la Société de chirurgie de Paris, qu'il fit en collaboration avec M. Piéri.

Voici comment s'expriment ces deux auteurs :

« Les premiers temps de l'hystérectomie abdominale comportent la section des ligaments larges avec ligature de l'utérine et le décollement du péritoine vésico-utérin et recto-utérin. Si l'on veut pousser plus loin l'extirpation, on arrive sur le vagin, qu'il faut maintenant libérer. La vessie s'en décolle aisément jusqu'à l'urèthre; on peut également, après section des ligaments utéro-sacrés, la séparer du rectum jusqu'au voisinage de l'anus. Cela fait, le vagin est libre sur ses deux faces antérieures et postérieures; reste à le dégager sur ses parties latérales.

« Celle-ci sont maintenues :

« *a*) Par des branches de l'hypogastrique, rameau

vaginal de l'utérine et artère vaginale; ces deux artères ainsi que les ramifications sont entourées par des prolongements de la gaine hypogastrique.

« *b*) Par l'aponévrose périnéale supérieure.

« *c*) Par le releveur de l'anus, qui ne fournit aucune insertion sur le vagin et se borne à prendre contact avec lui.

« Ces deux derniers moyens de fixation ne constituent pas un obstacle chirurgical; il n'en est pas de même du pédicule vasculaire qu'on ne saurait décoller et qu'il faut de toute nécessité sectionner aux ciseaux. Ce dégagement effectué, le conduit utéro-vaginal ne tient que par ses adhérences à l'urèthre et à l'anus. On ne peut songer, à notre avis, à poursuivre plus loin le décollement par la voie abdominale, car il s'agit là moins d'adhérences que d'une véritable fusion; mais dès ce moment, la presque totalité du vagin est libérée et l'on n'est séparé de la vulve que par un espace de 2 à 3 centimètres au maximum. Il est possible, néanmoins, de compléter l'intervention en s'adressant à la voie vaginale et en pratiquant une dissection de la muqueuse par un procédé analogue à ceux des diverses colpo-périnéorraphie.

« Les différents temps de cette intervention peuvent être réglés de la façon suivante :

« 1° Temps vaginal : il n'est nécessaire que si l'on tient absolument à supprimer les 2 centimètres du vagin. Il comporte la dissection d'une collerette de muqueuse vaginale, à partir de l'orifice vulvaire, sur une étendue de 3 centimètres environ. Cela fait, une première suture en bourse ferme le manchon disséqué,

un deuxième plan accole les surfaces orientées et oblitère la vulve, supprimant dès ce moment toute chance d'infection basse pour le temps abdominal.

« 2° Temps abdominal : laparotomie, section des ligaments larges, comme dans l'hystérectomie abdominale. Il paraît avantageux alors de faire la ligature des deux hypogastriques. On évite ainsi l'hémorragie que produira plus tard la section du pédicule vaginal ; or cette hémorragie peut être embarrassante, en raison de sa source profonde dans le bassin et l'hémostase augmente notablement la durée de l'acte opératoire. Cette double ligature effectuée, on dissèque des lambeaux péritonéaux comme dans l'hystérectomie et on les décolle très largement en avant et en arrière en s'aidant d'une compresse. Les deux pédicules vaginaux sont sectionnés, et, en complétant le décollement, on arrive sans trop de difficultés au point où s'était arrêté la dissection vaginale ; on enlève alors en bloc l'utérus et le vagin à l'état de cavité close. La restauration du plancher pelvien se fait par le procédé ordinaire. »

Pour Imbert et Piéri, ce procédé offre l'avantage de réaliser une extirpation très étendue qui diminuera peut-être les chances de récidive dans la cicatrice.

Cette communication à la Société de chirurgie de Paris date du 15 novembre 1905.

Peu de temps après, le 13 juin 1906, le docteur Pierre Duval fit une communication à la même Société sur ce sujet et décrit une technique opératoire ressemblant beaucoup à celle exposée précédemment par MM. Imbert et Piéri.

Voici cette technique, telle qu'il nous la donne lui-même :

Premier temps, périnéo-vulvaire, effectué à mains nues, avec des instruments spéciaux qui ne resserviront pas au temps abdominal.

Incision circulaire périnéo-vulvaire, passant par la fourchette, la limite supérieure de la face interne des grandes lèvres et sous le méat uréthral. Libération de la face postérieure du vagin par section du corps périnéal et décollement vagino-rectal dans « l'espace décollable » jusqu'au cul-de-sac de Douglas, qui n'est pas ouvert. Libération de la face antérieure; décollement vagino-uréthro-vésical très facile à exécuter, avec l'extrémité mousse de ciseaux courbes fermés, une sonde métallique dans l'urèthre — le cul-de-sac vésico-vaginal n'est pas ouvert. Libération des faces latérales, des attaches périnéo-pelviennes du vagin et de ses vaisseaux; c'est le temps difficile.

Deux pinces courtes et solides sont placées sur l'étage périnéal à 1 centimètre en dehors des bords latéraux du vagin; la section de chaque côté en dedans de ces pinces libère le vagin de ses attaches au plancher périnéal.

Immédiatement et grâce à ce début de dégagement latéral, l'orifice inférieur du conduit vaginal est suturé à deux plans, le second enfouissant le premier.

La libération des bords latéraux du vagin se poursuit vers le dôme vaginal, les tissus latéro-vaginaux sont d'étage en étage saisis par des pinces en dedans de celui qui porte la section. Le dégagement s'arrête à hauteur des culs-de-sac.

Les vaisseaux liés, la vulve est totalement fermée par une suture des petites lèvres entre elles jusque sous le méat uréthral, un drain est placé au centre, entre vessie et rectum.

Deuxième temps, abdominal. — Ce temps fut effectué à mains gantées avec de nouveaux instruments ; ce fut de beaucoup le plus difficile.

Il ne restait plus de la laborieuse opération précédente qu'une simple adhérence épiploïque à la vessie.

Mais entre la vessie et le rectum, sous un péritoine parfaitement reconstitué, il fut fort difficile de trouver le dôme vaginal ; la vessie fut accidentellement ouverte.

La dissection des uretères fut pénible, mais le vagin put être enlevé dans sa totalité.

Le temps capital fut la péritonisation pelvienne. Elle fut pratiquée à deux plans : le premier unit le péritoine vésical au péritoine recto-pelvien postérieur ; un second plan, suivant la méthode attribuée à tort à Amann de Munich, et qui en réalité appartient à M. Quénu, coucha dans le bassin et sutura à la vessie le côlon pelvien étalé. Drainage abdominal. Les suites opératoires furent simples, parfaites et du côté abdominal et du côté vulvo-périnéal ; au vingtième jour, la vulve était complètement fermée.

La malade a uriné à partir du cinquième jour. Le drain abdominal fut enlevé le septième jour, la sonde vésicale le neuvième.

En résumé, après avoir dans un premier temps périnéal désinséré le vagin au niveau de la vulve et l'avoir libéré jusque vers sa partie supérieure, celui-ci est suturé de façon à le transformer en un sac fermé, puis

après avoir également suturé la vulve en y laissant seulement la place d'un drain, les attaches supérieures du vagin sont libérées par l'abdomen, le néoplasme est isolé, la tumeur et le sac vaginal sont enlevés, le fond du bassin est péritonisé.

Le grand avantage de cette façon de faire serait, d'après Duval, de permettre de suivre d'une façon beaucoup plus étroite les règles de l'asepsie. « Le principe directeur de la technique que nous avons suivie, dit-il, est celui que M. Quénu a énoncé pour l'extirpation abdomino-périnéal du rectum. Il faut enlever l'organe, en l'espèce le vagin, comme un sac septique fermé, d'où le dégagement initial de la vulve et sa fermeture par deux rangs de sutures. Dès lors, l'opération est rigoureusement aseptique. » Faure préconise la même opération, mais ce n'est pas pour la même raison que Duval.

Dans son rapport à la Société de chirurgie de Paris, il s'exprime ainsi :

« Je ne crois pas que la désinsertion première et la fermeture du vagin permettent de faire une opération plus parfaitement aseptique que celle que nous faisons couramment par la technique de Wertheim. En effet, au cours de la section et de l'isolement du vagin, dans le temps périnéal, pendant qu'on le sépare de la vessie et du rectum, alors qu'il n'est pas encore fermé, les surfaces cruentées qui feront tout à l'heure partie de la plaie pelvienne ont le temps de s'inoculer largement si la désinfection du vagin n'a pas été parfaite et elle n'est jamais parfaite. Je me demande même si, au point de vue spécial de l'asepsie, l'opération actuelle, dans la-

quelle le vagin est sectionné entre deux pinces, tout à fait à la fin de l'opération, n'est pas plus satisfaisante et plus sûre. »

Ce n'est donc pas, à son avis, dans des garanties d'asepsie plus sérieuses, ni dans ce fait qu'on peut enlever une plus grande hauteur de vagin qu'il faut chercher la supériorité de l'hystérectomie périnéo-abdominale. C'est exclusivement dans ce fait qu'elle permet d'élever l'utérus et de disséquer beaucoup plus facilement la région péricervicale, tout en faisant courir des risques bien moins grands aux uretères qui, fixés au bas-fond vésical, ne montent pas avec le col utérin et glissent le long des parois vaginales, à moins d'être englobés dans l'induration inflammatoire ou néoplasique. Mais, dans ce dernier cas, ils sont sensiblement plus faciles à dégager lorsque l'utérus a pu être amené vers la plaie abdominale que lorsqu'on est obligé de travailler dans la profondeur.

Pour M. le professeur Auguste Pollosson, il convient de considérer, dans l'extirpation des néoplasmes, quels sont les moyens de faire cette extirpation le plus largement possible dans le sens de l'extension lymphatique du néoplasme.

A ce point de vue, l'opération abdominale présente, d'après lui, une supériorité sur les autres voies. L'intervention, telle que la préconisent MM. Imbert et Piéri, est susceptible d'apporter une amélioration des résultats immédiats ; mais, pour obtenir de bons résultats éloignés, la cure radicale du cancer, il faut enlever, avec le néoplasme, le tissu cellulaire sous-jacent, la première étape lymphatique. Cette ablation du tissu

cellulaire de la base du ligament large (paramétrium), du tissu cellulaire de l'espace recto-vaginal, où l'on trouve souvent des ganglions lymphatiques, du tissu cellulaire qui entoure le dôme vaginal (paracolpium) et même des faisceaux supérieurs du releveur de l'anus, cette ablation ne peut se faire qu'après dissection préalable des uretères, qu'on récline alors contre les parois du bassin.

Voici l'opération, telle que M. le professeur Auguste Pollosson la propose :

Laparotomie transversale. Ligature des pédicules supérieurs. La recherche de l'utérine et de l'uretère est classique, suivant la technique employée pour les cancers du col de l'utérus. A droite et à gauche, les uretères sont parfaitement isolés. Les uretères étant disséqués, sont réclinés en dehors avec des écarteurs spéciaux ; le feuillet postérieur du ligament large est sectionné de chaque côté, jusque sur les ligaments utéro-sacrés. Le vagin étant décollé de la vessie en avant, le décollement rectal est amorcé en arrière et poursuivi très bas, jusqu'à ce qu'on sente la pince repère. On se porte franchement en dehors et on coupe les attaches aponévrotiques et musculaires senties au doigt, fixant encore le vagin, et constituées par l'aponévrose pelvienne supérieure et les faisceaux supérieurs du releveur de l'anus. Ouverture du vagin en avant. Section circulaire. Péritonisation après avoir mis une mèche dans le vagin.

M. Pollosson pense que le cancer du vagin à type élevé doit bénéficier des avantages que la voie abdominale donne dans le cancer du col de l'utérus. Somme

toute, cette opération n'est que l'extension de la méthode employée contre le cancer du col. Frappé de ce fait que, dans l'extirpation du cancer de l'utérus, le vagin se présente en général comme un conduit élastique, se laissant facilement attirer et dégager, et que, dans cette intervention, on peut réséquer les deux tiers supérieurs du vagin avec beaucoup de facilité, notre maître avait depuis longtemps l'idée d'appliquer ce procédé au premier cas de cancer du vagin qui se présenterait. La première intervention pour cancer du col date du 21 novembre 1904 ; ce n'est que le 28 avril 1906 qu'il eut l'occasion d'appliquer sa méthode à un cancer du vagin. Cette première intervention, faite pour un néoplasme du cul-de-sac de Douglas, fut, en effet, pleinement satisfaisante. Sur la pièce, qui fut présentée à la Société de chirurgie et dont nous reproduisons ici la photographie, on pouvait constater qu'une épaisseur de plus de 2 centimètres de tissu cellulaire sain avait été enlevée en même temps que la tumeur.

Dans une deuxième intervention, il s'agissait d'un néoplasme situé un peu plus bas, mais, surtout, ayant envahi plus profondément le tissu sellulaire paravaginal du côté gauche. Cette extension n'avait pas été reconnue comme aussi importante à l'examen clinique.

Ce n'est qu'à l'opération que l'étendue en fut reconnue. La libération et l'exérèse du néoplasme furent assez difficiles par voie abdominale, une déchirure se produisit au niveau de l'ulcération, une reprise fut nécessaire et dès lors l'opération fut moins satisfaisante. A cause de ces difficultés, M. Pollosson déclara à ce

Planche I

Vᵉ C... — Utérus et vagin enlevé en un seul bloc. Face antérieure.

Planche II

Pièce précédente, vue de face postérieure.

moment que dans un cas analogue, il essaierait à l'avenir la voie combinée abdomino-périnéale.

Cette technique opératoire fut employée par M. Bérard, chirurgien des hôpitaux de Lyon, et, en collaboration avec M. Leriche, il a exposé sa manière de faire à la Société de chirurgie dans la séance du 5 juillet 1906.

Voici comment ils s'expriment :

« Après avoir pris connaissance de l'article où M. Imbert (dans le Bulletin de la Société de chirurgie de Paris) proposait le décollement préalable du vagin par la vulve, puis la castration abdominale totale, contre le cancer du vagin, il nous avait semblé qu'une telle opération pourrait être pratiquée plus facilement et plus sûrement, en commençant par les manœuvres abdominales et en les poussant aussi loin que possible, pour terminer par l'extirpation basse du vagin.

« Au début du mois de mars de cette année (7 mars 1906), avant de connaître le plan opératoire de M. Auguste Pollosson, qui fut mis à exécution par lui au mois d'avril, nous avons eu l'occasion de réaliser notre idée dans le service de M. le professeur Poncet.

« Il s'agissait d'un cancer du vagin, développé chez une femme de 33 ans, mariée et mère de sept enfants. La tumeur était étendue aux deux tiers supérieurs des parois du conduit : en arrière elle descendait à 2 ou 3 centimètres de la vulve; en avant, elle était moins étendue. Le col utérin était indemne, l'utérus mobile et le vagin lui-même mobile sur le rectum. Il n'y avait pas de ganglions perceptibles dans lesfosses iliaques, ni aux orifices inguinaux. C'était donc un cas favorable à une tentative de cure radicale.

« Nous nous sommes arrêtés à la technique suivante qui fut méthodiquement exécutée, après désinfection, curetage et cautérisation des bourgeons cancéreux, la veille de l'intervention :

« 1° Grande laparotomie médiane du pubis, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, la malade en position de Tredelenbourg ;

« 2° Ligature des deux artères hypogastriques, de façon à terminer d'un coup l'hémostase, qui devient toujours laborieuse au fond du petit bassin, lorsqu'on sectionne le vagin après la seule ligature des utérines ;

« 3° Dissection des ligaments larges, des annexes et du paramètre et, avec isolement de l'urèthre jusqu'à la vessie, puis dissection du vagin, qui est poussée aussi bas que possible ;

« 4° Section de l'isthme utérin, en tissu sain, avec le thermo-cautère, de façon à enlever d'abord les annexes et le corps de l'utérus, comme dans une castration subtotale ;

« 5° Après oblitération du moignon cervical par un surjet au catgut, ce moignon, ainsi que le dôme vaginal libérés, sont protégés par une compresse de gaz, et les manœuvres abdominales terminées par une péritonisation soigneuse du petit bassin. La paroi abominale est suturée à trois plans ;

« 6° Enfin, extirpation du vagin, de bas en haut, à partir de la vulve. La moitié inférieure du conduit seule doit être alors décortiquée, la moitié supérieure ayant été libérée par l'abdomen. Pour ce dernier temps, la malade est replacée naturellement en position gynécologique.

« Notre opération dure environ une heure et quart. Aucune des manœuvres ne fut particulièrement laborieuse. La dissection du paramètre se trouva facilitée par l'absence de tout envahissement ganglionnaire au voisinage des vaisseaux obturateurs et des artères hypogastriques. Quant à l'extirpation du vagin lui-même, par la voie basse, après la libération préalable de ses attaches au ligament large et à l'utérus par la voie abdominale, elle fut d'une facilité et d'une rapidité surprenantes.

« La cavité restante, après l'ablation de la compresse de gaz laissée sous le péritoine pelvien suturé avant de fermer l'abdomen, fut partiellement comblée par quelques points de sutures latéraux au catgut, puis tamponnée et drainée par une mèche de gaze.

« Les suites opératoires se passèrent très simplement. Pendant une dizaine de jours, la malade présenta de la cystite avec rétention, ainsi qu'il arrive presque fatalement lorsque la vessie a perdu son plancher vaginal. La guérison s'effectua en trois semaines ; la malade pouvait quitter l'hôpital le 27 mars.

« Sans doute, la technique préconisée par M. Auguste Pollosson a, sur la nôtre, l'avantage très appréciable d'enlever en un seul bloc tous les tissus à extirper ; c'est une supériorité indéniable, puisqu'on limite au minimum les risques de récidives par ensemensement du champ opératoire. Mais, pour que cette technique puisse être intégralement appliquée, il faut des cas relativement favorables, des tumeurs encore limitées ; et même dans ces conditions, il peut être fort laborieux d'extirper tout le vagin par en haut, en vase clos, c'est-

à-dire en plaçant des pinces coudées jusqu'au voisinage de la vulve. Seuls, des chirurgiens, rompus comme l'est M. Pollosson, aux ablations très larges de cancers avancés du col utérin, se laisseront tenter volontiers par de semblables difficultés. Dans notre propre cas, cette extirpation de tout le vagin par l'abdomen eût été bien aléatoire, car la tumeur s'étendait près de la commissure vulvaire postérieure. D'ailleurs, il nous semble que la section de l'isthme utérin, pratiquée au thermocautère avant la terminaison de l'extirpation du vagin par la vulve, ne constitue un grand danger ni pour l'infection immédiate, ni pour les récidives ultérieures. »

En résumé, et nous croyons savoir que c'est l'opinion de M. le professeur Auguste Pollosson, lorsque le néoplasme siégera au tiers supérieur, on emploiera la méthode abdominale pure.

Lorsqu'il siégera au tiers moyen, s'il est limité et mobile, on emploiera encore la méthode abdominale pure ; mais s'il est fixé, on se servira de la voie abdomino-périnéale.

A plus forte raison, si le néoplasme siège au tiers inférieur, c'est la voie abdomino-périnéale qui est recommandée.

Dans ce cas, il ne faut pas se contenter de disséquer le canal vaginal de près, mais faire des incisions de décharge et sectionner au besoin le releveur de l'anus, de manière à faire des curages larges de la région et pouvoir contourner le néoplasme.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Observation I

(Communiquée par M. le professeur A. Pollosson à la Société de chirurgie de Lyon. Séance du 28 juin 1906.)

La malade dont il s'agit est âgée de 35 ans, elle a eu deux enfants et est veuve depuis quatre ans. Entrée à la clinique le 26 avril 1905, elle vient pour des pertes blanches fétides assez abondantes, quelquefois accompagnées de pertes sanguinolentes en dehors des règles.

Il n'existe aucune douleur, aucun trouble de la miction ni de la défécation. L'état général est excellent.

Il est difficile de dire à quelle époque a débuté l'affection. Interrogée spécialement pour savoir si elle avait des pertes à l'occasion des rapports sexuels, la malade nous dit qu'en effet elle avait remarqué depuis un an que chaque coït était suivi d'une perte sanglante.

A l'examen, on constate sur la paroi postérieure du vagin une ulcération bourgeonnante allant jusque vers le Douglas, mais laissant le col utérin absolument libre. Elle a 6 centimètres de hauteur, 5 centimètres de largeur. Elle descend jusqu'à 3 centimètres de la vulve; ses bords sont surélevés, sa consistance est ferme à la base et friable au niveau de l'ulcération.

Le toucher à ce niveau fait saigner et ramène des débris de tissus. Le toucher rectal permet de sentir la muqueuse rectale libre et mobile.

28 avril 1906. — Préparation. Raclage des surfaces ulcérées sans cautérisation. On met une pince de Kocher à la limite inférieure de l'ulcération vaginale destinée à servir de point de repère à l'opérateur.

Opération. — Professeur Auguste Pollosson. Laparotomie transversale. Ligature des pédicules supérieurs. La recherche de l'utérine et de l'uretère droit est correcte et classique, suivant la technique employée pour les cancers du col de l'utérus. A droite et à gauche, les uretères sont parfaitement isolés. Les uretères étant disséqués, sont réclinés en dehors avec des écarteurs, le feuillet postérieur du ligament large est sectionné de chaque côté jusque sur les ligaments utéro-sacrés. Le vagin étant décollé de la vessie en avant, le décollement rectal est amorcé en arrière et poursuivi très bas jusqu'à ce qu'on sente la pince repère. On se porte franchement en dehors et on coupe les attaches aponévrotiques et musculaires senties au doigt fixant encore le vagin et constituées par l'aponévrose pelvienne supérieure et les faisceaux supérieurs du releveur de l'anus.

La libération antérieure, latérale et postérieure se fait bien et l'on a la sensation qu'on pourrait ainsi pousser les décollements jusqu'à la vulve.

Ouverture du vagin en avant. Section circulaire.

La recherche des ganglions hypogastriques et iliaques externes est négative.

Péritonisation après avoir mis une mèche dans le vagin.

Suites opératoires très simples (sans fièvre, sans suppuration), à part une rétention d'urine prolongée avec deux poussées de congestion rénale ou de cystité aiguë avec hématurie trouble, mais qui cèdent à un régime et ensuite à un traitement local (sonde à demeure, lavages chauds).

Le 8 juin, la malade part guérie et avec des urines claires.

Examen de la pièce. — La pièce comprend l'utérus et les annexes et les deux tiers supérieurs du vagin en une seule masse, comme le représente la photographie ci-jointe.

L'utérus et les annexes sont sains.

Les deux tiers supérieurs de la face postérieure du vagin sont occupés par une ulcération large comme une pièce de 5 francs. Cette ulcération est dépassée d'au moins 1 centimètre et demi à sa limite inférieure. Au-dessous et latéralement il existe une épaisseur de tissu cellulaire de 2 à 3 centimètres de long sur 1 centimètre de large. Dans l'épaisseur de ce tissu se trouvent deux ganglions du volume d'un pois chiche ne paraissant pas cancéreux à la coupe.

Juillet 1907. — Récidive dans la paroi recto-vaginale.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le professeur A. Pollosson.)

G. B., 33 ans, habitant Tarare, est envoyée à la clinique gynécologique de la Charité par M. le docteur Jamin.

Mariée, pas d'enfant, ni de fausse couche. Réglée à 14 ans, régulièrement. Bonne santé habituelle. Elle a consulté son médecin de Tarare pour des pertes blanches. Ce médecin l'a soignée ainsi tout le mois de février.

Pertes sanguines après chaque examen gynécologique, après chaque injection, de même qu'après chaque rapport; ces pertes étaient, suivant le cas, plus ou moins abondantes.

A l'examen, on constate, au niveau de la paroi postérieure du vagin, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, une surface irrégulière, tomenteuse, friable, saignant facilement au doigt. Cette ulcération repose sur un pourtour induré, faisant une légère saillie par rapport au tissu ambiant. Cette ulcération présente l'étendue d'une pièce de 5 francs, plus développée à gauche qu'à droite. Le cul-de-sac postérieur est sain et le col de l'utérus présente l'aspect normal d'un col de nullipare.

Le toucher rectal ne révèle pas d'extension du côté du rectum; la muqueuse rectale glisse parfaitement sur la tumeur; latéralement, les tissus périvaginaux ne paraissent pas envahis.

L'utérus est petit, les annexes paraissent saines ; l'état général est bon. On décide une intervention.

Opération. — Anesthésie mixte à l'éther et au chloroforme. Laparotomie transversale, suivant le procédé de Pfannestil. Libération de l'utérus et des annexes par leurs pédicules supérieurs, ligature et section des ligaments ronds recherche de l'utérine le plus en dehors possible ; celle-ci se fait sans incident. Recherche et libération de l'uretère. Libération de la vessie en avant, le plus bas possible. Section des ligaments utéro-sacrés. Libération du tissu cellulaire de l'espace recto-vaginal jusqu'à ce que l'on sente, avec la main abdominale, la pince repère placée à 2 centimètres au-dessous du bord inférieur de l'ulcération néoplasique, ce qui est assez facile. Dès lors, profitant de la libération des uretères, on écarte ces conduits le plus loin possible contre la paroi du bassin et, à la faveur de cette libération, on poursuit la section des ligaments utéro-sacrés et de toutes les parties latérales qui retiennent le vagin de côté. Cette section est faite pendant qu'on tire fortement sur l'utérus et qu'on l'écarte dans la direction opposée.

A droite, cette section est très satisfaisante et l'on arrive sur le conduit vaginal musculo-membraneux, après avoir contourné un tissu cellulo-graisseux et aponévrotique, épais de 1 à 2 centimètres.

A gauche, après section de ces attaches latérales du vagin, la libération est moins satisfaisante et l'ascension du conduit vaginal se fait moins bien que du côté droit. Toutefois, la dissection paraît suffisamment profonde et l'on ouvre le vagin par le côté droit et en avant.

Juin 1907. — Récidive dans la paroi recto-vaginale.

Observation III

(Due à l'obligeance de M. le professeur A. Pollosson.)

La malade dont il s'agit est âgée de 50 ans, elle est veuve,

n'a pas eu d'enfant, ni de fausse couche. Réglée à 15 ans régulièrement. Bonne santé habituelle.

Elle entre à la clinique de la Charité pour des pertes blanches. Chaque examen gynécologique provoque des pertes sanguines.

Au toucher, on constate sur la paroi postérieure du vagin, au niveau du tiers moyen, une surface irrégulière, tomenteuse, friable et saignant facilement au doigt. Cette ulcération repose sur un pourtour induré et a l'étendue d'une pièce de 5 francs environ. Au-dessus de la tumeur, il existe un pont de muqueuse saine la séparant du col utérin. Le cul-de-sac postérieur et le col de l'utérus ne sont pas atteints.

Le toucher rectal ne révèle pas d'extension du côté du rectum, la muqueuse est saine et glisse sur la tumeur ; latéralement les tissus périvaginaux ne paraissent pas envahis ; mais il est difficile de se rendre compte de l'extension de la tumeur en profondeur.

Intervention le 28 juin 1906. — Laparotomie transversale. Libération de l'utérus et des annexes par leurs pédicules supérieurs, ligature et section des ligaments ronds. Recherche de l'utérine le plus en dehors possible. Recherche et libération de l'uretère, la malade est grasse, ce qui rend cette recherche difficile. Libération de la vessie en avant le plus bas possible. Section des ligaments utéro-sacrés et de toutes les parties latérales qui retiennent le vagin de côté.

A droite, cette section est satisfaisante et l'on arrive sur le conduit vaginal après avoir contourné une masse de tissu cellulaire épaisse et saine. Mais à gauche, on s'aperçoit que le tissu cellulaire paravaginal est envahi profondément. Cette extension n'avait pas été reconnue comme aussi importante à l'examen clinique.

La libération et l'exérèse du néoplasme est alors difficile par voie abdominale, une déchirure se produit au niveau de l'ulcération et une reprise est nécessaire. Le fragment inférieur est bien enlevé complètement, mais l'opération n'est pas satisfaisante, et la possibilité d'une greffe opératoire est envisagée.

Récidive. — La malade est revue le 18 juin 1907. Il existe un noyau cancéreux sous-muqueux, près de la vulve, du volume d'une cerise, ainsi qu'une ulcération sur la cicatrice.

Observation IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur A. Pollosson.)

Veuve B., 36 ans. La malade vient à la Charité le 19 janvier 1907, parce que depuis deux mois elle a des pertes rouges.

Antécédents héréditaires. — Aucun renseignement certain. Père mort probablement de cancroïde du nez. Mère morte subitement.

Antécédents personnels. — Aucune maladie sérieuse de l'enfance, mais santé toujours délicate.

Réglée à 15 ans, régulièrement jusqu'à 20 ans. A ce moment, la malade accouche d'une fille bien portante. Retour de couches cinquante jours après l'accouchement et depuis arrêt complet des règles pendant quinze ans. Les règles ne sont revenues qu'une fois, il y a neuf ans. Depuis deux ans, la malade a des pertes blanches, mais non puriformes, ne présentant de l'odeur que depuis quelque temps. En outre, depuis deux mois elle a des pertes rouges. Au mois de novembre, elle a d'abord eu une perte ayant duré deux ou trois jours, puis à la fin du mois de décembre, elle a eu de nouveau des pertes rouges peu abondantes qui ont persisté jusqu'à maintenant.

Pas de douleurs lombaires ou crurales. La malade dit avoir depuis longtemps de la difficulté pour uriner; mais ses urines sont claires, jamais d'hématuries.

A l'examen, on trouve sur la paroi antérieure du vagin, à sa partie inférieure, à 5 centimètres environ de la vulve, une ulcération reposant sur une base indurée. Au-dessus de cette ulcération, il existe un petit pont de muqueuse saine séparant la tumeur du col utérin. Le cul-de-sac vaginal antérieur et le col ne sont pas atteints.

Il est difficile de se rendre compte cliniquement de l'extension de la tumeur en profondeur et de savoir si la vessie est intéressée.

Intervention le 24 janvier 1907. — On commence par un temps vaginal. Incision et décollement du vagin sur le pourtour, en arrière, à 2 centimètres de la vulve, en avant, à 2 centimètres du méat et à 2 centimètres du néoplasme. Ce décollement est régulier et poussé en avant sur 3 ou 4 centimètres d'étendue.

Fermeture en bourse.

Laparotomie transversale. On tombe sur un utérus petit, du volume du pouce ; les trompes sont filiformes, les ovaires du volume d'une noisette et lisses.

Ligature des utérines de chaque côté. La dissection des uretères est classique.

En avant, on tombe tout de suite dans le décollement vaginal. En arrière de même. L'utérus ne tient plus que par la base des paramètres qu'on excise de chaque côté.

Hémostase un peu difficile.

La recherche des ganglions est négative.

Les suites opératoires sont simples et le 23 février 1907 la malade part en bon état.

Actuellement pas de récidive.

CONCLUSIONS

I. — Au point de vue thérapeutique, il faut distinguer les cancers du vagin suivant leur siège :

1° Un cancer du tiers inférieur ou portion vestibulaire;

2° Un cancer des culs-de-sac (antérieur, latéraux, postérieur);

3° Un cancer de la paroi antérieure adhérente à la vessie (portion vésicale), à l'urèthre (portion uréthrale);

4° Un cancer de la paroi postérieure, clivavable et mobilisable.

Ces conditions anatomiques locales commandent des interventions différentes. Nous avons eu surtout en vue dans notre étude le cancer de la paroi postérieure, le plus fréquent, et le cancer des culs-de-sac.

II. — Dans tout néoplasme du vagin, exigeant une exérèse locale étendue, on est obligé de supprimer l'utérus. La réparation de la cicatrice vaginale pouvant créer un rétrécissement et de la rétention du sang menstruel en amont chez toute femme n'ayant pas atteint la ménopause. Cette conclusion est généralement admise chez tous les auteurs.

III. — Il faut appliquer à la thérapeutique du néoplasme du vagin les règles actuellement établies pour le traitement des cancers des autres organes. Il faut enlever en bloc avec le néoplasme l'espace lymphatique voisin et les ganglions s'il y en a.

IV. — Ces principes admis, la seule voie qui permet leur réalisation convenable est la voie abdominale, qui permet l'ablation simultanée de l'utérus et du vagin, la dissection des uretères, l'ablation des paramètres et du tissu cellulaire paravaginal situé au-dessus des releveurs de l'anus; elle seule permet l'ablation des ganglions hypogastriques, répondant aux deux formes de néoplasme que nous étudions ici (néoplasme de la paroi postérieure, néoplasme des culs-de-sac).

V. — Pour mieux éviter la greffe néoplasique et au point de vue de l'asepsie, il sera bon dans certains cas d'associer à la voie abdominale la voie périnéale avec fermeture en bourse de l'orifice inférieur du vagin.

Vu :
Le Président de la Thèse,
A. POLLOSSON.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Permis d'imprimer :
Lyon, le 13 juillet 1907.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Bernard. — Thèse de Paris, 1895, n° 219.

Beuttner. — Semaine médicale, 1896, p. 87.

Bonnefous. — Thèse de Paris, 1902.

Bröse. — Zeitschrift für Geb. und Gynæk, 1900, t. XLIII., n° 2.

Bruckner. — Zeitschrift f. Geb. und Gynæk., 1881, t. XXIII, p. 476.

Le Dentu Delbet. — Traité de chirurgie, t. X, p. 580.

Duhrssen. — Centralbl. für Gynæk., 1895, n° 9.

Duval et Faure. — Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 1906.

V. Eiselsberg. — Centralbl. für Gyn., 1889, n° 35, p. 619.

Fleck. — Archiv. für Gyn., 1901, t. LXIV, n° 3.

Friedl. — Wiener klin. Wochensch., n° 3, 1896.

Herzfeld. — Allg. Wien. med. Zeit, 1889, n° 48.

Horn. — Mon. für. Geb. und Gynœk., 1886, t. IV, n° 5, p. 409.

Imbert et Piéri. — Gazette des hôpitaux, 1906.

Kroenig. — Archiv. für Gynæk., 1901, Bd LXIII, 1 et 2.

Kustner. — Archiv. für. Gynæk., 1876, Bd IX., p. 279.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité de gynécologie, p. 817.

Labusquière. — Annales de gynéc. et d'obst., 1895, p. 208.

Lauenstein. — Deutsche Zeitschrift für Chir., 1895, p. 415.

Leprévost. — Congr. franç. de chir., 1890.

Linke. — Inaug. iDssert., Iéna, 1895.

Maly. — Centralbl. für Gynæk., 1903, p. 828.

Martin. — Traité clin. des maladies des femmes. Trad. franç., 1889, p. 306.

Mundé. — American Journal of Obstetric., 1889, t. XXIII, p. 476.

Olshausen. — Centralbl. für Gynæk., 1895.

Pichevin et Petit. — Congrès international de Genève et Annales de gynécologie, 1896, p. 458.

Pozzi. — Traité de gynécologie, p. 1169. — Bulletin et mémoires de la Société de chir., 1894, t. XX, p. 832.

Rohde. — Inaug. Dissert., Hall, 1897.

Rondot. — Gaz. hebdom., 1875, n°s 14, 15 et 16.

Ruter. — Centralbl. für. Gyn., 1887, n° 38, p. 606.

Thomsen. — Centralbl. für Gyn., 1895, n° 9.

Thorn. — Centralbl. für Gyn., 1895, n° 9.

5150 — Lyon, Imp. Réunies (Delaroche et Schneider).